



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

ALARAAJATURVOTUKSEN HOITO TUKISIDOKSILLA

Anatomisen, vähäelastisen tukisidoksen sidontaohje

Julia Tiura

Krista Vähäkyttä

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

TIURA JULIA & VÄHÄKYTTÄ KRISTA:
Alaraajaturvotuksen hoito tukisidoksilla
Anatomisen, vähäelastisen tukisidoksen sidontaohje

Opinnäytetyö 35 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Lokakuu 2016

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden kanssa. Opinnäytetyö painottui tuotokseen ja sen tarkoituksena oli tehdä sidontaohje tukisidonnasta alaraajaturvotuksen hoidossa. Työn tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnalle ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa tukisidosten käytöstä laskimoiden vajaatoimintapotilailla. Opinnäytetyössä selvitettiin miksi tukisidosta käytetään laskimoiden vajaatoimintapotilailla alaraajaturvotuksen hoidossa, kuinka anatominen, vähäelastinen tukisidonta tehdään ja millainen on laadukas sidontaohje.

Laskimoiden vajaatoiminnasta johtuva turvotus syntyy, kun laskimoläpät eivät toimi kunnolla. Veren paluu alaraajoista hidastuu, jolloin veri jää laskimoihin liian pitkäksi aikaa ja pääsee tihkumaan ympäröiviin kudoksiin aiheuttaen turvotusta. Tukisidonta auttaa laskimoläppiä sulkeutumaan yhdessä pohjelihaksen työn myötä. Laskimoiden vajaatoiminnasta johtuva turvotus on yleensä kroonista turvotusta, mikä vaatii loppuelämän hoitoa, koska laskimoiden vajaatoimintaa ei voida parantaa. Laadukas hoito koostuu potilaan ohjauksesta, tukisidoshoidosta, ihon kunnossapidosta, liikunnasta ja kivun hoidosta. Alaraajan infektoituessa on vältettävä pitkiä taukoja tukisiteiden käytössä. Infektioita ja turvotuksia on hoidettava yhtä aikaa, koska tulehdus ei pääse paranemaan turvonneessa kudoksessa. Oikein asetetut tukisidokset vähentävät turvotusta ja kipua sekä edistävät ihon kuntoa ja haavojen paranemista. Tukisidosta käytetään, kun alaraajaturvotus on hankalaa, iho poimuttuu tai kun haava erittää runsaasti.

Opinnäytetyön tuotoksena toteutetussa sidontaohjeessa tarkastellaan kuva kuvalta, kuinka anatominen, vähäelastinen tukisidonta tehdään. Sidontaohjeen toiselta sivulta löytyy tietoa siitä, kuinka tukisidoshoito vaikuttaa ja mitä muuta hoidossa kannattaa huomioida. Opinnäytetyön tuotos auttaa hoitajia sitomaan jalat oikeaoppisesti, mutta lyhyt video aiheesta auttaisi hahmottamaan sidostekniikan vielä paremmin.

Asiasanat: laskimoiden vajaatoiminta, tukisidoshoito, kompressiohoito, turvotus, alaraaja, potilasohjaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

TIURA JULIA & VÄHÄKYTTÄ KRISTA:
Compression Bandaging of Lower Limb Edema
A Booklet on Anatomic Short Stretch Bandaging

Bachelor's thesis 35 pages, appendices 2 pages
October 2016

This study was carried out as a project. It was conducted in cooperation with City of Tampere. The aim of this study was to gather information about bandaging lower limb when a patient suffers from venous insufficiency. The purpose of this study was to prepare an instruction booklet about how to do an anatomic, short stretch bandage. The main research questions were why to use bandaging with venous insufficiency patients and how to do anatomic, short stretch bandaging.

Venous insufficiency edema appears when venous valves do not function properly. When blood flow decreases and there is bleeding to the surrounding tissues, an oedema is formed. Bandaging helps venous valves to close when calf muscle is working. Venous insufficiency related edema is usually chronic and it must be treated life-long. Good quality care includes patient guidance, bandaging, skin caring, exercising and pain management. In case of infection, it is important to avoid long periods without bandaging. Infection and edema must be treated at the same time. Infection can not heal when tissue is swollen. Bandaging reduces edema and pain. It also improves skin condition and helps to heal leg ulcers faster. Bandaging is used when lower-limb oedema is challenging or ulcer secretion is high.

An illustrated booklet was prepared as a part of the project. The booklet presents how bandaging is done, how the bandaging treatment affects and what needs to be taken into consideration during the treatment. The booklet helps nurses to bandage a lower limb in a correct way, although a short video about the subject would be more informative.

Key words: venous insufficiency, compression bandaging, compression therapy, oedema, lower limb/extremity, patient guidance

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Laskimoiden vajaatoiminnasta syntyvä turvotus ja sen tunnistaminen	8
3.2	Hoitomenetelmät.....	9
3.2.1	Tukisidoshoito.....	11
3.2.2	Anatominen, vähäelastinen tukisidos.....	13
3.2.3	Ennaltaehkäisy ja itsehoito.....	14
3.3	Potilasohjaus	19
3.4	Laadukas sidontaohje.....	20
4	MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA	22
4.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	22
4.2	Tuotoksen valmistaminen	23
4.3	Tuotoksen kuvaus	24
5	POHDINTA.....	26
5.1	Eettisyys ja luotettavuus	26
5.2	Opinnäytetyö prosessina	28
5.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset.....	29
	LÄHTEET.....	31
	LIITTEET	34
	Liite 1. Anatomisen, vähäelastisen tukisidoksen sidontaohje	34

1 JOHDANTO

Alaraajaturvotukset voivat johtua useista eri syistä, mutta yleisimmin turvotukset ovat seurausta laskimoiden vajaatoiminnasta. Elimistössä syntyy turvotusta, kun solujen väli-tilaan kudoksissa kertyy nestettä. Se voi johtua verisuonten ja kudosten paineolosuhteiden muutoksesta tai kudonsvauriosta. Alaraajaturvotusta on alettava hoitaa heti sen ilmaantuttua, jotta vältetään turvotusten kroonistumiselta. (Saarelma 2015.)

Alaraajaturvotuksia esiintyy paljon eri ikäluokissa. Hoitotyössä alaraajaturvotuspotilaita kohdataan kaikissa työympäristöissä (Linnitt 2011, 183). Pintalaskimoiden vajaatoimintaa esiintyy keskimäärin 30-40 prosentilla aikuisväestöstä. Vajaatoiminnan esiintyessä myös laskimoperäisen haavauman ja ihomuutosten ilmaantuvuus suurenee. (Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta 2010.) Alaraajojen turvotus on tavallista, mutta siihen ei kiinnitetä huomiota tarpeeksi. Turvotusten laadukas hoito vaatii hoitajilta potilaan tilanteen ymmärtämistä ja siihen puuttumista sekä potilaan kannustamista sitoutumaan omaan hoitoonsa (Newton 2011, 5).

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden kanssa. Työelämäyhteyshenkilömme on kaupungin haavahoitaja. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä sidontaohje tukisidonnasta alaraajaturvotuksen hoidossa hoitohenkilökunnalle. Työstä hoitohenkilökunta saa tietoa tukisidoshoidon perusteista. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnalle ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa tukisidosten käytöstä laskimovajaatoimintapotilailla. Työn avulla hoitohenkilökunta pystyy kannustamaan potilaita tukisiteiden käyttöön.

Opinnäytetyössä käsitellään laskimoiden vajaatoiminnasta johtuvan turvotuksen tunnistamista ja hoitoa vähäelastisella tukisidoksella jalan anatomiaa mukaillen. Työssä ei käsitellä laskimoiden vajaatoiminnan hoitoa lääkkeillä tai hoitosukilla. Henkilökohtaisesti kiinnostuimme aiheesta, koska sairaanhoitajina haluamme hoitaa alaraajaturvotuspotilaita laadukkaasti. Tällä hetkellä alaraajaturvotusten hoitoon on aloitettu kiinnittää enemmän huomiota, koska turvotusten hoito parantaa olennaisesti potilaan elämänlaatua. Haluamme opinnäytetyöllämme innostaa hoitajia huomioimaan tämän ajankohtaisen aiheen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä sidontaohje tukisidonnasta alaraajaturvotuksen hoidossa Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden hoitohenkilökunnalle.

Tehtävinä on selvittää

1. Miksi tukisidontaa käytetään laskimoiden vajaatoimintapotilailla alaraajaturvotuksen hoidossa?
2. Kuinka anatominen, vähäelastinen tukisidonta tehdään?
3. Millainen on laadukas sidontaohje?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnalle ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa tukisidosten käytöstä laskimoiden vajaatoimintapotilailla. Opinnäytetyön avulla hoitohenkilökunta pystyy kannustamaan potilaita tukisiteiden käyttöön.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat on koottu kuvioon 1. Keskeisiä käsitteitä haettiin kansainvälisistä tietokannoista syksyllä 2015. Käytettyjä asiasanoja olivat laskimoiden vajaatoiminta (venous insufficiency), tukisidoshoito (compression bandaging), kompresiohoito (compression therapy), turvotus (oedema/edema), alaraaja (lower limb/extremity) ja potilasohjaus (patient guidance). Keskeiset käsitteet kokosimme työelämäyhteys-henkilön kanssa. Teemme sidontaohjeen hoitotyöntekijöille jalan anatomiaa mukaillen ja vähäelastista tukisidosta käyttäen. Selvitämme millainen on laadukas sidontaohje.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat.

3.1 Laskimoiden vajaatoiminnasta syntyvä turvotus ja sen tunnistaminen

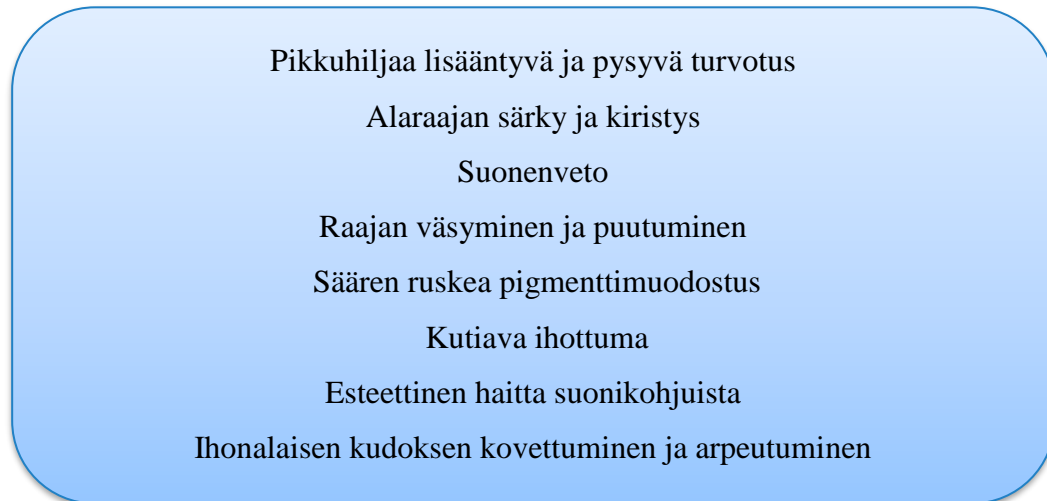
Tavallisesti laskimoiden vajaatoiminta johtuu synnynnäisestä laskimoläppien heikkoudesta tai pitkittyneestä laskimoiden korkeasta verenpaineesta (Newton 2011, 4). Laskimoiden korkea verenpaine aiheuttaa laskimoiden laajenemisen, joka aiheuttaa laskimoiden toiminnan hidastumisen (Saarelma 2015). Laskimoiden vajaatoiminnasta johtuva turvotus syntyy, jos laskimoläpät eivät toimi kunnolla. Veren paluu alaraajoista kohti sydäntä hidastuu, jolloin veri jää laskimoihin liian pitkäksi aikaa. Paineen noustessa laskimoissa nestettä tihkuu hiussuonista ympäröiviin kudoksiin. Laskimojärjestelmä koostuu syvistä ja pinnallisista laskimoista sekä yhdyslaskimoista. Laskimoissa on läppiä, jotka vaikuttavat paluuvirtaukseen ja estävät takaisinvirtauksen. (Saarikoski, Stolt & Liukkonen 2012a.)

Alaraajalihaksilla on merkitystä laskimoista tapahtuvan paluuvirtauksen ylläpitämisessä (Saarikoski ym. 2012a). Hyvä lihaskunto auttaa verta palaamaan tehokkaammin kohti sydäntä (Saarelma 2015). Suonten läppien avulla veri virtaa oikeaan suuntaan. Jalkojen verisuonten läpät aukeavat ja sulkeutuvat pohjelihaksen työn myötä. Pohjelihas puristaa suonta ja työntää verta ylöspäin kohti sydäntä. Kun lihas rentoutuu, läppä sulkeutuu ja estää veren takaisin virtauksen. (Anderson 2008, 49–50.)

Laskimoiden vajaatoiminnasta johtuvan turvotuksen kroonistuminen voidaan välttää, kun turvotus tunnistetaan ajoissa. Näin voidaan ehkäistä myös vajaatoiminnasta johtuvia sairauksia. Laskimoiden vajaatoimintaan liittyviä oireita ovat pikkuhiljaa lisääntyvä ja pysyvä turvotus, alaraajan särky ja kiristys, suonenveto, raajan väsyminen ja puutuminen, säären ruskea pigmenttimuodostus, kutiava ihottuma, esteettinen haitta suonikohjuista sekä ihonalaisen kudoksen kovettuminen ja arpeutuminen. Laskimoiden vajaatoimintaan liittyviä oireita on esitetty kuviossa 2. (Saarikoski ym. 2012a.)

Jatkuva laskimoperäinen turvotus nostaa riskiä laskimoperäisen haavan muodostumiselle. Laskimoperäiset haavat johtuvat laskimoiden vajaatoiminnasta. Verivolyymi alaraajoissa kasvaa, kun laskimopaine nousee. Kun suonien tilavuus kasvaa, työntyvät myös suonien läpät eroon toisistaan. Tämä mahdollistaa takaisinvirtauksen suonessa ja nestekertymän muodostumisen alaraajaan. Jos nestekertymä alaraajoissa lisääntyy liikaa, kudosteneste voi alkaa vuotaa ihon läpi, mikä nostaa entisestään riskiä haavan muodostumi-

selle. Tehokas kompressiohoito on avainasemassa laskimoperäisten haavojen ennaltaehkäisyssä ja paranemisessa. Laskimoperäisiä haavoja on arviolta noin 1-2 prosentilla väestöstä. (Anderson 2008, 49.)



KUVIO 2. Laskimoiden vajaatoimintaan liittyviä oireita (Saarikoski ym. 2012a).

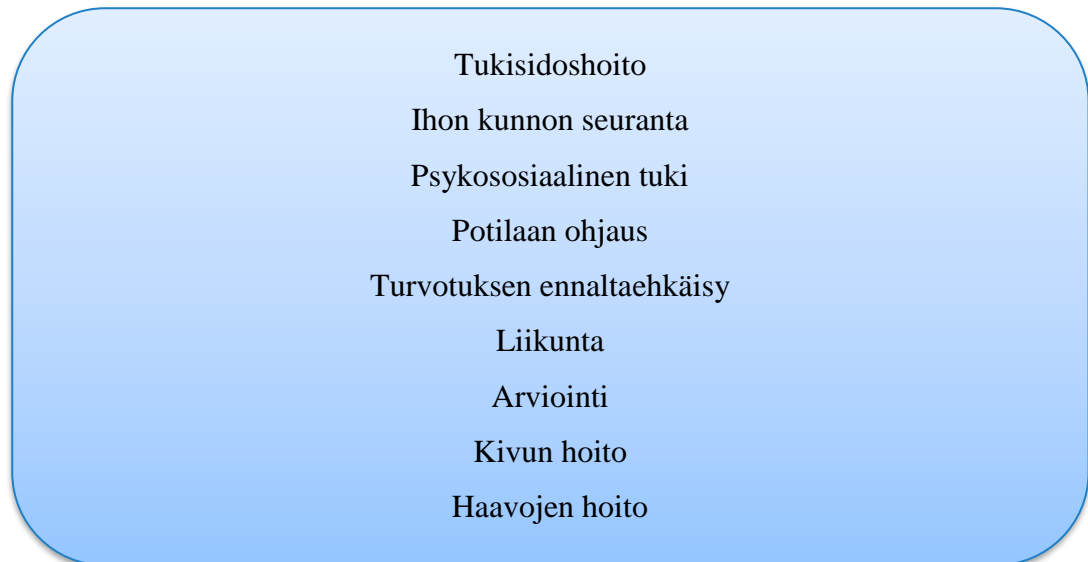
3.2 Hoitomenetelmät

Alaraajaturvotusten hoidossa ennaltaehkäistään turvotusta, käytetään tukisidoksia ja kannustetaan potilasta sitoutumaan hoitoonsa. Ihon kunnosta huolehtiminen ja jo syntyneiden haavojen hoito on osa laadukasta hoitoa. Ihovaurion syntyä estetään laskemalla turvotusta esimerkiksi tukisidoksilla. Potilaan oloa helpotetaan muun muassa kipulääkkeillä ja asentohoidolla. (Atkin 2014, 24.)

Krooninen turvotus vaatii elinikäistä kompressiohoitoa, koska laskimoiden vajaatoimintaa ei voida parantaa (Anderson 2008, 51). Tämän vuoksi hoito koostuu tukisidoshoidon ja ihon kunnan seuraamisen lisäksi psykososiaalisesta tuesta, potilaan ohjauksesta, liikunnasta, arvioinnista ja mahdollisesta kivun hoidosta. Tehokas hoito vaatii lähes aina elämäntapamuutoksia, joihin potilaat tarvitsevat usein hoitajan ohjausta. (The International Lymphoedema Framework 2012, 17.)

Alaraajaturvotus hoidetaan useimmiten konservatiivisesti eli säästävillä hoitomenetelmillä, joihin ei liity kirurgista hoitoa. Keskeisin konservatiivinen hoito laskimoiden vajaatoiminnassa on tukisidosten käyttö (Isoherranen, Koskenmies & Heikkilä 2013, 1827).

Konservatiivisessa hoidossa keskitytään myös painon pudotukseen, arkiliikuntaan sekä välttämään pitkäaikaista seisomista (Saarelma 2015). Kuvioon 3 on koottu alaraajaturvotuksen konservatiivisia hoitomenetelmiä.



KUVIO 3. Konservatiivisia hoitomenetelmiä (The International Lymphoedema Framework 2012, 17; Saarelma 2015).

Hoitomenetelmän valinta riippuu turvotuksen laadusta, ihon kunnosta ja potilaan omasta valinnasta (Simon 2014, 50). Verisuoniarvio on tehtävä ennen kuin aloitetaan kompressiohoito. Sillä varmistetaan, että turvotus ei ole valtimoperäistä. (Cook 2012, 7.) Valtimoperäisen turvotuksen diagnostiikassa huomioidaan nilkan sykkeiden puuttuminen, parantumaton haava tai kuolio sekä poikkeava nilkan ja olkavarren painesuhde eli ABI (Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010). ABI mitataan olkavarren ja nilkan systolisesta painetasosta verenpainemansettia ja verisuonidopplerlaitetta käyttäen. Jos suhde on alle 0,9, veri ei kierrä tarpeeksi tehokkaasti alaraajoihin eikä jalkateriin. (Kantola & Pörsti 2014.) ABI:n ollessa yli 0,8, tukisidoshoito voidaan aloittaa turvallisesti (Krooninen alaraaja-haava 2014).

3.2.1 Tukisidoshoito

Kompressiohoitoa voi toteuttaa monilla eri tukisidosmenetelmillä tai tukisukilla (Todd 2011, 686). Suomessa tukisidoksia tehdään jalan anatomiaa mukaillen, tähkä- tai spiraalimallilla (Krooninen alaraajahaava 2014). Tukisidoksen voi tehdä elastisella tai vähäelastisella sidoksella. Kaikilla kompressiohoitomenetelmillä on mahdollista saada aikaiseksi tehokas paine. Sääntönä pidetään, että mikä tahansa kompressiomenetelmä on parempi, kuin kompression puuttuminen kokonaan. Kompressiohoidon pitää olla yksilöllistä ja potilaslähtöistä. (Anderson 2008, 52–53.)

Tukisidoksilla tehdään asteittain voimistuva puristus jalkaan. Sidoksen voimakas paine on nilkassa. (Simon 2014, 51.) Alaraajan liikkeessä pohjelihas muuttaa muotoaan. Kun tukisidos tehdään rajoittamaan lihasliikettä, jalkojen suonet puristuvat kasaan. Jos suonien läpät ovat suhteellisen ehjät, ne sulkeutuvat todennäköisemmin tukisidoksen aikaansaamasta ylimääräisestä paineesta johtuen. Lämpien sulkeutuminen estää veren takaisinvirtauksen. Täten tukisidokset vähentävät jalkojen nestekuormaa. (Anderson 2008, 50.)

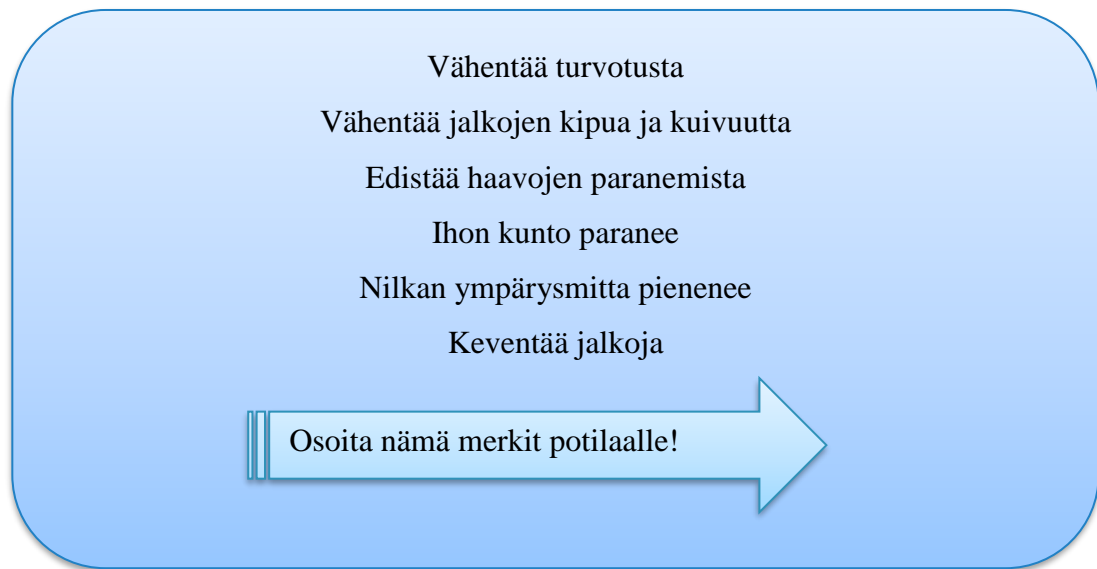
Tukisidoksen aikaansaama paine alaraajassa nostaa veren virtausta, tehostaa läppien toimintaa ja vähentää suonien kapasiteettia. Sidos vähentää nesteiden ja punasolujen vuotoa kudokseen. Tukisidoksen paine työntää nesteitä kudoksesta takaisin laskimoihin, mikä vähentää turvotusta. Veren virtaus tehostuu ja ihon kunto paranee. Samalla ihon herkkyys ja kuivuus vähentyvät. Tukisidoshoidolla voi hallita laskimoiden vajaatoimintaa, mutta hoitomenetelmä ei paranna vajaatoimintaa. Kun sidosten käyttö loppuu, veren takaisinvirtaus ja turvotus lisääntyvät nopeasti. (Anderson 2008, 51.)

Tukisidos on hyvä valinta, kun alaraajan turvotus on hankalaa tai säären iho poimuttuu sekä kun raajassa mahdollisesti oleva haava erittää runsaasti. Tukisidoksia saa tehdä potilaalle koulutuksen saanut hoitotyöntekijä. (Todd 2011, 681.) Turvotuksen hoidon alkuvaiheessa tukisidoshoito on suositeltavaa, koska aluksi jalan ympärysmitta muuttuu koko ajan. Tukisidoshoidon tarpeen jatkuessa sekä raajan mallin salliessa potilaan voi olla hyödyllistä vaihtaa tukisidokset lääkinnällisiin hoitosukkiin. Säärihaavan uudelleen muodostuminen on yleistä ja kompressiohoito vähentää riskiä sen syntyyn. Vaikeasti turvonneen ja erittävän alaraajan ensihoidoksi suositellaan vuorokauden pituista kohoasentoa. (Krooninen alaraajahaava 2014.)

Selluliitin, ruusun tai muun infektion esiintyessä alaraajoissa on tärkeää välttää pitkiä aikoja ilman tukisiteitä (Flour 2012, 56). Ruusuinfektion tyypillisinä oireina ovat tarkkarajainen punoitus ja kuumotus iholla sekä voimakas särky. Tauti alkaa nopeasti ja nostaa korkean kuumeen. Ihomuutos saattaa levitä kehittäen samanaikaisesti voimakkaan turvotuksen ja nekroottisia haavaumia. Suurin osa ruusuinfektioista sijaitsee säären, nilkan tai jalkaterän ihossa. (Ihon bakteeri-infektiot 2010.) Selluliitti on yleisin tulehdustila, joka liittyy jalkojen turvotukseen (Simon 2014, 47). Selluliitti-infektiossa ihon punoitus on epätarkkarajaista ja tulehdusalue ei ole selvästi koholla ympäröivästä ihosta. Tulehdus ulottuu syvälle rasvakudokseen ja kuume on tyypillistä. (Ihon bakteeri-infektiot 2010.)

Infektiota ja turvotusta on hoidettava samaan aikaan. Tulehdus ei parane tehokkaasti turvonneessa kudoksessa. Kompressiohoitoa on jatkettava heti, kun kipu ja tulehdus on saatu laskemaan sille tasolle, jota potilas sietää. Jos tavanomaista kompressiota ei voi käyttää heti, voi kompression painetta aluksi vähentää. (Flour 2012, 56.) Kun turvotus on saatu hallintaan, pienemmät haavat paranevat keskimäärin noin 12 viikossa. Isompien haavaumien paraneminen saattaa kestää pidempään ja viedä aikaa kuukausista vuosiin. Osa haavoista ei parane koskaan. (Anderson 2008, 53.)

Väärin asetetut tukisidokset voivat vahingoittaa potilaan jalkoja sekä aiheuttaa kipua ja levottomuutta. Oikein toteutettu hoito vähentää turvotusta ja sitä kautta keventää jalkoja, vähentää jalkojen kipuja ja kuivuutta sekä edistää haavojen paranemista. Kuviossa 4 on listattu oikein toteutetun hoidon vaikutuksia. Oikein toteutetulla hoidolla on näkyviä merkkejä, joita kannattaa osoittaa potilaalle. Potilailta kysytään ihon kunnon paranemisesta, vähentyneestä kutinasta ja kuivuudesta. Nilkan ympärystä seurataan mittauksin, jotta tiedetään, että tukisidoshoitoa toteutetaan oikein. Mittaamalla saadaan tietoa turvotuksen vähenemisestä. Osa potilaista kokee tukisidoshoidon aluksi vaikeana sietää, mutta useimmiten hoito ajan kuluessa vähentää kipua turvotusten vähentyessä ja alaraajojen tuntua keveämmiltä. (Anderson 2008, 52.)



KUVIO 4. Oikein toteutetun hoidon vaikutuksia (Anderson 2008, 52).

3.2.2 Anatominen, vähäelastinen tukisidos

Anatomisella, vähäelastisella sidontatavalla on mahdollista luoda keskivoimakas puristus alaraajoihin (Krooninen alaraajahaava 2014). Vähäelastisen siteen voi venyttää koko pituuteensa, jolloin saadaan jalkaan peräänantamaton puristus. Anatominen malli tarkoittaa, että sidos tehdään jalan muotoa mukaillen. Sidosta kuljetetaan uudelleen edellisen kerroksen päältä. Sidos peittää edellisestä kierroksesta noin kaksi kolmasosaa. (Todd 2011, 684; Meskanen 2016.) Yleensä käytössä on kaksi sidettä kumpaakin jalkaa kohden, mutta tarvittaessa siteitä voi olla käytössä useampi riippuen jalan paksuudesta ja säären pituudesta. Kun tukisiteiden kimmoisuus on heikentynyt, ne on vaihdettava uusiin. (Meskanen 2016.)

Jalat sidotaan aamuisin mielellään ennen jalkeille nousua, jotta jalat ovat mahdollisimman vähän turvoksissa sidontahetkellä (Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta 2010). Vähäelastinen sidos sopii potilaalle, joka pystyy liikkumaan omatoimisesti, koska sidos tehostaa liikkeessä pohjelihaspumpun työtä. Side puristaa liikkeessä tehokkaasti jalkaa ja edesauttaa nestekiertoa. (Linnitt 2011, 183–184.) Tukisidoksia voi pitää jalassa useita vuorokausia, kun sidoksen on tehnyt koulutuksen saanut hoitotyöntekijä. Sidoksella on matala lepopaine, joten sidos ei purista jalkaa levossa. Sidos tuntuu levossa mukavalta, ja

on paremmin siedetty potilaiden keskuudessa. Liikuntakyvyttömille potilaille vähäelastinen sidos ei sovi, koska sidoksen paine on liian pieni täyslevossa. (Krooninen alaraaja-haava 2014.)

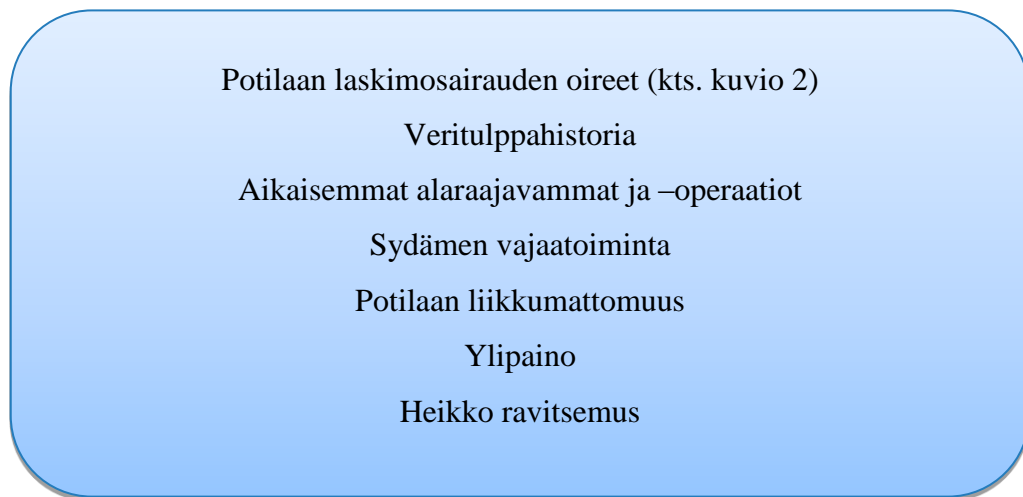
Jalka sidotaan varpaiden tyvestä polven alapuolelle. Ennen sidontaa nilkka taivutetaan 90 asteen kulmaan, johon nilkka myös sidotaan. Tukisidosta tehdessä varpaat jätetään yleensä paljaksi, mutta on varmistettava, että sidos alkaa varpaiden tyvestä. Lääkärin tai haavahoitajan erityisestä määräyksestä myös varpaat voidaan joskus sitoa. Tukisidoksia kierretään jalan ulkokaareltä sisäänpäin. Kiertosuunnalla tuetaan jalan luonnollista anatomista mallia. Kantapää on peitettävä huolellisesti, eikä sidokseen saa jäädä ryppyjä. (Meskanen 2016.)

Suurin paine tukisidoshoidossa tehdään nilkan ympärille, koska nilkan jälkeen verta ei tarvitse työntää ylöspäin. Painetta vähennetään jalkaa ylöspäin sidottaessa. Tämä edellyttää, että jalka on normaalinmuotoinen, jolloin nilkalla on pienempi ympärysmitta kuin pohkeella. Jos nilkan ympärysmitta on yhtä suuri tai suurempi kuin pohkeen, pitää jalan muotoa korjata pehmusteilla. (Anderson 2008, 52.) Painemittarilla pystyy tarkistamaan tukisidoksen paineen sopivuuden ja sen avulla on hyvä harjoitella oikeaoppista sidontatekniikkaa (Krooninen alaraajahaava 2014). Tukisidos päätetään kaksi sormenleveyttä polvitaiteesta alaspäin. Tukisidos on kiinnitettävä huolella, jotta sidos ei valahda kesken päivän. (Todd 2011, 684.) Sidos kiinnitetään teipillä (Meskanen 2016).

3.2.3 Ennaltaehkäisy ja itsehoito

Alaraajaturvotusta pyritään ehkäisemään, jotta laskimoiden pysyvää vajaatoimintaa ei kehity. Jalkaterien ja säärien ihoa on hoidettava ja seurattava päivittäin, jotta ihovaurioiden syntyminen pystytään ehkäisemään (Primary prevention of venous leg ulcers 2012, 36). Jalkojen perushoitoon kuuluu jalkojen puhtaanapito, jalkojen rasvaus päivittäin sekä kynsien huolto. Jalkojen rasvaushieronta pitää ihon joustavana ja ehjänä sekä estää ihon kutinaa. Samalla tapahtuva kevyt hieronta laskimopaluun suuntaisesti ja asentohoito vähentää laskimopainetta. (Saarikoski ym. 2012b). Polvisukkia ja nilkkasukkien kiristäviä re-soreita kannattaa välttää, jotta ne eivät paina jalkojen ihoa. (Hietanen 2015).

Riskiärvio on osa laadukasta alaraajaturvotuksen hoitoa. Riskitekijöiden aikainen tunnistaminen auttaa reagoimaan tehokkaammin ensimmäisiin merkkeihin alaraajaturvotuksesta. Riskiärviossa huomioidaan potilaan laskimosairauden oireet, veritulppahistoria, aikaisemmat alaraajavammat ja -operaatiot, sydämen vajaatoiminta, potilaan liikkumattomuus sekä ylipaino ja heikko ravitsemus. (Newton 2011, 5.) Riskitekijöitä on koottu kuvioon 5.



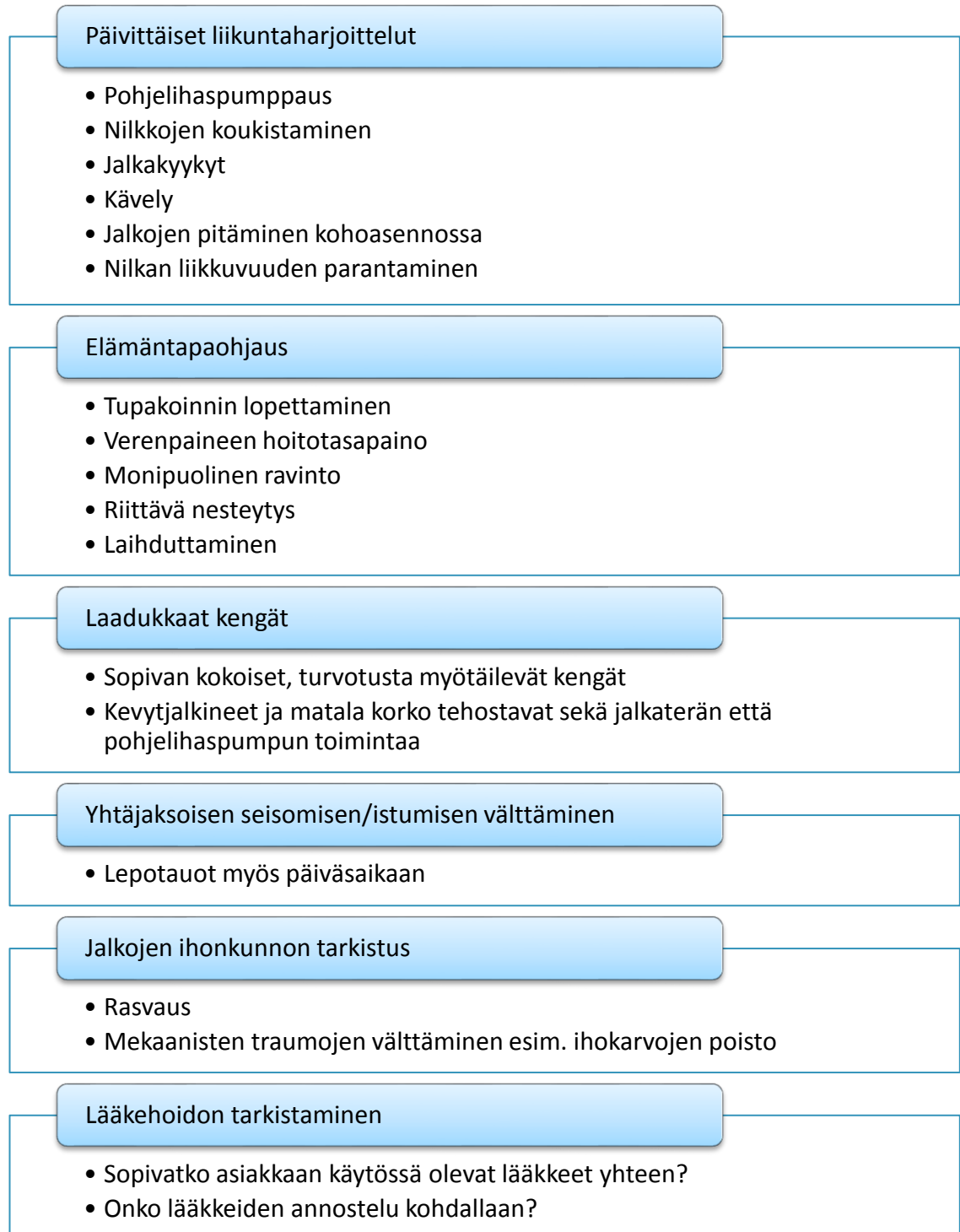
KUVIO 5. Alaraajaturvotuksen riskitekijöitä (Newton 2011, 5).

Kengät vaikuttavat jalkojen hyvinvointiin. Potilaan ja hoitotahon on kiinnitettävä huomiota kenkiin. Turvotusta myötäilevät, matalakorkoiset kengät säädettävällä kiinnityksellä on hyvä valinta. (Hietanen 2015.) Kevytjalkineet ja matala korko tehostavat sekä jalkaterän- että pohjelihaspumpun toimintaa (Saarikoski ym. 2012c). Joskus täytyy valita erityisjalkineet, joihin on lisätty laajuutta ja syvyyttä. Kenkien on sovittava jalkaan vaivattomasti. (Saarikoski ym. 2012b.)

Kevyiden tukisukkien eli lentosukkien käyttö pitkillä matkoilla voi ehkäistä turvotusta. Seisomatyössä kannattaa välillä istua, sillä muutaman minuutin mittainen alaraajojen lihasten rentouttaminen tehostaa verenkiertoa. Syntyneiden laskimosairauksien hoidossa käytetään lääkinnällisiä hoitosukkia. (Saarikoski ym. 2012b.)

Jos suvussa on taipumusta alaraajojen laskimoiden vajaatoimintaan tai henkilö kuuluu riskiryhmään, kannattaa välttää nivusten kohdilta tiukkaa vaatetusta ja istumista raaja toisen päällä, jotta laskimoiden paluuvirtaus ei esty. (Saarikoski ym. 2012a.) Jalkojen nosto kohoasentoon selinmakuulla siten, että polvet ovat hieman koukussa auttaa laskimopa-

luuta ja ehkäisee alaraajojen vajaatoiminnasta aiheutuvaa turvotusta, väsymystä, puutumista ja pakotusta. (Primary prevention of venous leg ulcers 2012, 36.) Jos turvotus on jatkuvaa, voi sängyn jalkopäätä korottaa (Saarikoski ym. 2012b). Kuvioon 6 on koottu ennaltaehkäisy ja itsehoitomenetelmiä sekä elämäntapaohjauksen sisältöä.



KUVIO 6. Ennaltaehkäisy ja itsehoitomenetelmiä (Primary prevention of venous leg ulcers 2012, 36; Saarikoski ym. 2012b).

Alaraajojen verenkiertoa ja laskimoiden paluuvirtausta tehostavia liikuntalajeja, etenkin pohjelihaksia aktivoivia harjoitteita, kannattaa suosia. Jalkavoimistelu kannattaa ottaa osaksi taukovoimistelua. Lihaskunnon ylläpitäminen tehostaa verenkiertoa ja lihasten pumppausliike auttaa alaraajojen laskimoiden tyhjentymistä. (Finlayson, Wu & Edwards 2015, 1048–1049.) Jalkojen kohoasento ennaltaehkäisee turvotuksia (Saarikoski ym. 2012b). Jalkaterien liikuttelu ja kävely on aiheellista potilaan liikkuesssa pitkiä matkoja autolla, junalla tai lentäen. (Hietanen 2015). Turvotusten ennaltaehkäisyharjoitteita perusteluineen on lueteltu kuviossa 7.

Riski säärihaavan muodostumiseen on suurentunut niillä henkilöillä, jotka eivät liiku. Säärihaavan uusiutuminen tapahtuu todennäköisimmin ensimmäisen kolmen kuukauden aikana haavan parantumisesta, minkä aikana on kiinnitettävä erityistä huomiota turvotusten ehkäisyyn. Haavan uusiutumista estetään intensiivisesti. Haavan uusiutumisen riskitekijöitä ovat ikä, syvien laskimotukosten historia sekä aikaisemmat säärihaavat ja niiden parantumisen hidastuminen. (Finlayson ym. 2015, 1048–1049.)

Jalkojen pitäminen kohoasennossa

- Vähintään 30 minuuttia päivittäin
- Suojatekijä myös laskimoperäisen säärihaavan uusiutumiselle

Nilkkojen koukistus ja ojennus kohoasennossa

- Liikkeen toistaminen edistää tehokkaasti laskimoiden tyhjentymistä
- Koukistus liikkeenä varmistaa nilkkanivelen koukistumislajisuuden, jota tarvitaan esimerkiksi käveltäessä

Vuorotahtiin nousu päkiöille ja kantapäille

- Nouse pumppaavassa tahdissa useita kertoja
- Voi tehdä istuen tai seisten

Pakaralihasten aktivaatio

- Pakaralihasten voimakas supistaminen ja rentouttaminen vuorotahtia
- Harjoite vilkastuttaa tehokkaasti lantion alueen suurten verisuonten toimintaa

Jalkakyykyt

- Oikealla liiketekniikalla tehokas liike alaraajoille
- Voi tehdä tuolilta ylös nousten
- Kyykkyjä voi tehdä myös 45 asteen kulmaan jalkapohjien pysyessä kokoajan lattiassa

Hyötyliikunta

- Käveleminen useasti päivässä suojaa laskimoperäisen säärihaavan uusiutumista
- Arkikävely esimerkiksi töihin tai kauppaan on hyödyllistä

KUVIO 7. Itseharjoitteita alaraajaturvotuksen ennaltaehkäisyyn (Saarikoski ym. 2012b; Finlayson ym. 2015, 1048–1049).

3.3 Potilasohjaus

Laadukas ohjaus on potilaan oikeus ja yksi laadukkaan hoidon kriteereistä (Kääriäinen 2008, 10–13). Ajantasaisen ohjauksen turvaamiseksi hoitajalla on velvollisuus päivittää tietotaitoaan. Tukisidoshoito on tehokas hoitomuoto vähentämään turvotuksia, mutta potilaan sitoutuminen siihen voi olla ongelmallista. Hoitomuoto saattaa aiheuttaa potilaalle epämiellyttävää oloa ja jopa kipua. Useimmiten jalkojen turvotus on kroonista, jolloin potilaat tarvitsevat ohjausta itsestään huolehtimiseen. (Simon 2014, 50–52.) Potilashistorian tunteminen auttaa tunnistamaan potilaan riskialttiuden sairastua laskimoiden vajaatoimintaan ajoissa. Kun potilaalla esiintyy laskimoiden vajaatoiminnan riskitekijöitä tai ensimmäisiä oireita, on potilaan päästävä ohjaukseen nopeasti. (Primary prevention of venous leg ulcers 2012, 36–37.)

Potilaan ohjaukseen ja kannustamiseen tukisidoshoitoon on käytettävä aikaa. Ulkomaisissa tutkimuksissa on selvinnyt, että jopa 40–60 % potilaista ei ole sitoutunut kompressiohoitoon. (Isoherranen ym. 2013, 1827.) Potilaan ohjaus helpottuu, kun potilas ymmärtää laskimoiden vajaatoiminnan sairautena, mikä lisää potilaan motivaatiota tehdä hoitoharjoitteita. Ohjauksella pyritään saamaan potilas tietoiseksi sairauden syntymekanismista ja turvotusten ennaltaehkäisystä. (Primary prevention of venous leg ulcers 2012, 36.)

Hoitoon sitoutuminen lisääntyy, kun hoitosuunnitelma on laadittu yhdessä potilaan kanssa. Selkeät ohjeet kirjallisesti annettuna ja tilanteen seuraaminen asiaan perehtyneen hoitajan kanssa lisäävät hoitoon sitoutumista. (Isoherranen ym. 2013, 1828.) Ohjausinterventiot, jotka antavat tietoa laskimoiden vajaatoiminnasta, säärihaavan synnystä ja elämänlaadusta, vähentävät säärihaavan uusiutumisen riskiä merkittävästi (Baquerizo Nole ym. 2015, 138). Ohjauksessa selvitetään nilkan liikkuvuus ja pohjelihaksen kunto, sillä heikentynyt liikkuvuus tai lihasvoima hidastaa mahdollisen säärihaavan parantumista (Saarinen 2013). Potilaalle annetaan hoitotahon yhteystiedot, jotta hän voi ottaa yhteyttä, jos alaraajaan ilmaantuu turvotusta, kipua, haava tai vamma (Hietanen 2015).

Potilaan elämäntilanne arvioidaan kokonaisvaltaisesti, jolloin huomioidaan potilaan elämäntavat ja kyky noudattaa erilaisia toiminnallisia harjoitteita. Potilas, jolla on kiireinen seisomatyö, ei pysty helposti pitämään lepotaukoja kohottaakseen jalkojaan. Potilaslähtöisesti hänelle ohjataan harjoitus, jossa nousee vuorotellen varpaille ja kantapäille.

(Hietanen 2015.) Elintapaohjauksessa käsitellään muun muassa painon pudotusta, monipuolista ravitsemusta ja tupakoimattomuutta. (Beller & Weller 2010, 64). Tupakointi heikentää tutkitusti jalkojen verenkiertoa (Hietanen 2015).

3.4 Laadukas sidontaohje

Ohjeen sisältö on harkittu, yksilöllistä ohjausta tukeva ja tieteelliseen näyttöön perustuva kokonaisuus. Tukisidoshoidon perustelut auttavat hoitajia kannustamaan potilaita sitoutumaan tukisidoshoitoon. Jos potilas on epävarma hoidon tehosta tai hänellä on motivaatio-ongelmia, hoitaja pystyy ohjeen avulla kertomaan aiheesta täsmällistä tietoa. Tämä auttaa potilasta analysoimaan ja käsittelemään omaa tilannettaan, mikä voi helpottaa hoitoon sitoutumista. Sidontaohje on ensisijaisesti tarkoitettu hoitohenkilökunnalle. Kirjallisella materiaalilla on nykyisin suuri merkitys, koska ohjaukselle ei jää tarpeeksi aikaa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 115.)

Laadukas ohje on tiivis, yksiselitteinen ja täsmällinen. Lukijan ongelmana on usein kärsimättömyys. Pitkä ja vaikeaselkoinen ohjeistus voi vähentää motivaatiota sekä ohjeen lukemiseen että sen noudattamiseen. Laadukas ohje on helppolukuinen, selkeä ja kohderyhmälle sopiva. Sisältö on luotettavaa ja virheetöntä. Rakenne vaihtelee ohjeessa kuvattavaa asiaa. Sidontaohjeessa selvitetään mihin ohje on tarkoitettu, mikä on onnistunut lopputulos sekä mitä hyötyä ohjeen noudattamisesta on. Laadukas ohje arvioidaan ja testataan ennen käyttöönottamista, koska sisällöstä saattaa helposti jäädä pois sellaisia asioita, joita kirjoittaja pitää itsestäänselvytenä. Kuviossa 8 selvitetään tämän opinnäytetyön sidontaohjeen laatimisen lähtökohtia. (Roivas & Karjalainen 2013, 118–120.)

Ohjeessa käytetään ohjailevaa tekstiä, joka tähtää lukijan toimintatapojen muuttamiseen tai toiminnan helpottamiseen. Ohjaileva teksti pyrkii sananmukaisesti ohjaamaan lukijan toimintaa. Ohje antaa selviä toimintaohjeita siinä järjestyksessä kuin toimet tehdään. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 161). Laadukkaassa ohjeessa kuvilla on monta tehtävää. Kuvat kiinnittävät huomiota ja helpottavat viestin ymmärrettävyyttä sekä täydentävät tekstisisältöä. Laadukas kuvitus sekä välittää tarpeellisen viestin että jäsentää ja rikastuttaa ulkoasua. (Pesonen 2007, 48.)

Kohderyhmäanalyysi

- Sidontaohje hoitotyöntekijöille, jotka tarvitsevat selkeän, nopealukuisen ohjeen.
- Ohjeesta voi tarkistaa, kuinka tukisidos tehdään laadukkaasti.
- Ohjeen avulla hoitotyöntekijä voi kannustaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa.

Muoto

- Ohjeen teksti on selkeä grafiikaltaan.
- Ohje on sähköinen, jonka voi tarvittaessa tulostaa.
- Kuvat on otettu ohjetta varten ja tekijänoikeudet on luovutettu ohjeen tekijöille.

Tyyli

- Ohjeen teksti on ohjailevaa ja informatiivista.

Sisältö

- Ohje on laadittu näyttöön perustuvan tiedon pohjalta.
- Ohjeessa kuvataan anatomisen, vähäelastisen tukisidoksen sidontavaiheet sekä annetaan perusteluita miksi sidos tehdään ohjeessa kuvatulla tavalla.
- Kuvia tarvitaan selkiyttämään asiasisätöä.

Jakelu ja päivittäminen

- Ohje luovutetaan työelämäyhteyshenkilölle, joka vastaa ohjeen jakelusta sekä päivittämisestä.
- Ohje laitetaan Tampereen kaupungin sisäiseen verkkoon, josta hoitotyöntekijät voivat tarkastella ohjetta.

KUVIO 8. Laadukkaan hoito-ohjeen laatimisen lähtökohdat mukaillen Roivas ym. 2013.

4 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä tehdään tuotos esimerkiksi ohjelehtinen kuten tässä opinnäytetyössä. Tuotoksen tavoitteena on hoitotyön kehittäminen. Opinnäytetyössä tuotoksen tekevät opiskelijat. Muita henkilöitä on mukana lähinnä vain tiedonhankinnan yhteydessä esimerkiksi haastatteluaineistoa kerättyäessä. Eri toiminnan vaiheet kohti tuotosta etenevät vuorovaikutussuhteessa muun muassa keskustellen, arvioiden, toimintaa uudelleen suunnaten ja palautetta antaen. (Salonen 2013, 5–6.)

Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä tutkimuskysymykset täsmentävät ongelmaa ja niiden avulla kiinnitetään huomiota olennaisiin asioihin. Opinnäytetyö auttaa vapautumaan perinteisistä ajattelutottumuksista ja tahdonalaisuuksista. Tutkittu tieto auttaa lisäämään harkintaa omissa ratkaisuissaan. Tuotoksen avulla voi tarkastella omaa toimintaansa suhteessa tieteellisesti varmistettuun tapaan. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 20.)

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on soveltavaa tutkimusta. Ammattikorkeakoulussa tehtävän tutkimustoiminnan tarkoitus on kehittää työelämää ja tukea aluekehitystä. Tavoitteena on kehittää yksilön ammatillista kasvua ja sijoittumista asiantuntijatehtäviin. Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tarpeita säätelee käytännönläheisyys, työelämälähtöisyys ja ajankohtaisuus. Tutkimuskohteeksi valitaan esimerkiksi työelämän käytäntö, joka vaatii kehittämistä. (Vilkkä 2015, 16–18.)

Teimme opinnäytetyömme yhteistyössä Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden edustajien kanssa. Valitsimme tuotokseen painottuvan opinnäytetyön, koska työelämäyhteys tarvitsi laadukkaan sidontaohjeen käytettäväksi. Opinnäytetyömme koostuu teoreettisesta katsauksesta ja tuotoksesta. Tuotoksena toteutimme anatomisen, vähäelastisen tukisidoksen sidontaohjeen hoitohenkilökunnalle. Sidontaohjeessa perustelimme alaraajaturvotusten laadukkaan hoidon tieteellisellä tiedolla ja ohjeistimme selkeillä kuvilla tukisidoksen tekemisen oikeaoppisesti.

4.2 Tuotoksen valmistaminen

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen. Tuotos on valmistettu työelämän tarpeeseen ja työelämäyhteys henkilön tahtoa kuunnellen. Sidontaohje pohjautuu opinnäytetyöhömmme, joka on laadittu näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Tuotos koostuu kahdesta sivusta. Ensimmäisellä sivulla vaiheistetaan kuva kuvalta oikeaoppisen tukisidoksen tekeminen. Toisella sivulla kerrotaan laskimoiden vajaatoiminnasta johtuvan turvotuksen syntymekanismi ja oikein toteutetun hoidon vaikutuksia sekä miksi tukisidoksia kannattaa käyttää. Toiselta sivulta löytyy myös omahoito-ohjeita sekä selitetään sidosohjeesta löytyviä käsitteitä.

Sidontaohje on suunnattu hoitohenkilökunnalle, mutta sitä voi käyttää myös apuvälineenä potilaan ohjeistamiseen. Selkeät ohjeet kirjallisesti annettuna lisää tutkitusti potilaan hoitoon sitoutumista (Isoherranen ym. 2013, 1828). Tuotoksesta löytyy perusteluita, miksi tukisidoshoitoa kannattaa toteuttaa. Ohjauksella pyritään saamaan potilas tietoiseksi, mitä laskimoiden vajaatoiminta tarkoittaa sairautena (Primary prevention of venous leg ulcers 2012, 36). Sidontaohjeen toiselta sivulta hoitaja saa itselleen perusteluita tukisidonnan tarpeellisuudesta, jotta hän voi kannustaa potilaita sitoutumaan hoitoonsa.

Olemme käyttäneet sidontaohjeessa ohjailevaa tekstiä, joka tähtää lukijan toimintatavan muuttamiseen ja työvaiheen helpottamiseen (Niemi ym. 2006, 161). Tuotos on rakennettu siten, että sen voi lukea nopeasti läpi. Tätä kautta yritämme saada kiireisenkin hoitajan tutustumaan sidontaohjeeseen. Lauseet ovat lyhyitä ja sisältävät vain olennaisen informaation. Jos lukija kiinnostuu aiheesta enemmän, hän voi tutustua opinnäytetyöhön. Sidontaohje on rakennettu siten, että seuraamalla sitä vaihe vaiheelta päätyy onnistuneeseen lopputulokseen.

Aluksi ajatuksemme oli ottaa itse työtä vaiheistavat kuvat, mutta pian ymmärsimme, että itseotettujen kuvien laatu ja esteettisyys eivät vastaa omia tavoitteitamme. Ohjeesta löytyvät kuvat ovat ammattivalokuvaajan ottamia, mikä tuo työhön laatua ja rikastuttaa ulkoasua. Hän huomioi kuvaustilanteessa paljon sellaista, mitä emme itse tulleet ajatelleeksi. Kuvien tehtävä sidontaohjeessa on helpottaa viestin ymmärrettävyyttä ja täydentää tekstisisältöä. (Pesonen 2007, 48.) Kuvien määrä on rajattu kuuteen työelämäyhteyshen-

kilön toiveesta. Hän tahtoi mahdollisimman vähän kuvia, koska on huomannut kokemuksensa myötä ohjeissa olevan usein liian monta vaihetta. Valitsimme mielestämme olennaiset ja haastavat vaiheet kuvattavaksi.

Haastattelimme haavahoitajaa asiantuntijana prosessin eri vaiheissa, koska hänellä on paljon kokemusta tukisidoshoidon tarpeesta ja sen toteuttamisesta Tampereen kaupungin alueella. Haavahoitaja ohjasi meille yksityiskohtaisesti anatomisen, vähäelastisen tukisidoksen tekemisen. Hänen neuvojensa sekä tieteellisen tiedon pohjalta toteutimme oman sidontaohjeemme.

Työelämäyhteyshenkilö koekäytti tuotostamme ennen lopullista versiota. Koekäytössä hän sai ohjeesta positiivista palautetta, mutta myös parannusehdotuksia. Hänen palautteensa avulla muokkasimme työn lopulliseen muotoonsa. Koekäyttö luonnosvaiheessa toi työhöemme uskottavuutta ja nosti työmme arvoa.

4.3 Tuotoksen kuvaus

Opinnäytetyömme tuotoksena teimme anatomisen, vähäelastisen tukisidoksen sidontaohjeen. Sidontaohje laadittiin kaksipuoleisena yhdelle A4-kokoiselle paperille. Sidosmateriaalit tuotoksen kuvausta varten saimme Tampereen kaupungilta. Tuotos tehtiin sähköiseksi ja se lisättiin Tampereen kaupungin sisäiseen verkkoon, josta kaupungin hoitohenkilökunta pystyy näkemään sen helposti ja tarvittaessa tulostamaan sen itselleen. Tuotos on liitteenä 1.

Tuotoksen etusivu sisältää kuusi ammattivalokuvaajan ottamaa ja käsittelemää valokuvaa. Halusimme ottaa kuvat vaaleaa taustaa vasten, jotta vaaleanruskea tukiside erottuu hyvin jalasta ja on visuaalisesti kaunis. Myös tulostettaessa vaalea kuva on selkeämpi kuin tumma. Valokuvat ovat otettu sidoksen tekemisen kannalta olennaisimmista kohdista. Ensimmäisessä kuvassa on kuvattu kaikki tarvikkeet, joita vähäelastisen tukisiteen tekemiseen tarvitaan. Seuraavissa kuvissa on kuvattu tukisiteen aloitusvaihe, nilkan sitominen, toisen siteen aloitus, anatomisen mallin mukainen sidontatekniikka ja valmis tukiside. Jokaisen kuvan alla on tiivis selitys, mitä sidoksen tekovaiheessa täytyy huomioida.

Takasivusta halusimme visuaalisen, joka innostaa lukemaan ohjeen loppuun asti. Mielestämme tämä onnistui parhaiten erilaisten kuvioiden avulla. Fontit, värit ja marginaalit valitsimme esteettisyys huomioiden. Valitsimme värit tulostuvat visuaalisesti kauniisti ja selkeästi sekä mustavalkoisena että värillisenä. Takasivun kuviossa kerrotaan kuinka tukisidoshoito vaikuttaa ja mitä asioita potilaan kannustamisessa kannattaa huomioida. Muistutimme myös, että infektoita ja turvotuksia on hoidettava yhtä aikaa, koska tulehdus ei pääse paranemaan turvonneessa kudoksessa. Puhekupla-kuvioon lisättiin tiivis informaatio kipsinalusvanusta ja putkisukasta. Takasivulla on mainittu muutama olennainen lähde aiheesta, jos lukijaa kiinnostaa tutustua aiheeseen enemmän.

5 POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tekemisen eettiset periaatteet ovat tieteellisen käytännön ja tutkimuksen tekemisen ydin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksen tekemisessä noudatettavia toimintatapoja ovat rehellisyys ja tarkkuus vahinkoja aiheuttamatta. Muiden töitä kohdellaan kunnioittaen. Opinnäytetyön suunnittelu, toteutus ja raportointi tapahtuvat ennalta määriteltyjen ohjeiden mukaisesti. Tutkimuksen tekijät hankkivat tutkimusluvan työlleen. (Mäkinen 2006, 145; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.)

Suunnittelimme, toteutimme ja raportoimme opinnäytetyömme tarkasti ja rehellisesti opinnäytetyön raportointiohjeiden mukaisesti. Teoriatietoa keräsimme kansainvälisistä tietokannoista sekä kotimaisista hoitotyön suosituksista. Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten kriteereinä olivat julkaisuajankohta, tieteellinen julkaisuväylä sekä vertaisarvioinnin käyttö. Kansainvälistä lähdemateriaalia oli saatavilla runsaasti, mutta suomenkielistä materiaalia vain rajoitetusti. Valitsimme opinnäytetyön lähteiksi vuosilta 2006–2016 julkaistuja tieteellisiä, vertaisarvioituja tutkimuksia. Sopivia empiirisiä tutkimuksia tukiteiden käytöstä työhöemme ei löytynyt.

Viittasimme muiden tekemiin julkaisuihin asianmukaisella tavalla ja säilytimme julkaisuille kuuluvan arvon ja merkityksen työssämme. Kirjasimme lähde- ja viitemerkinnät oikein muiden töitä kunnioittaen. Emme plagioineet muiden töitä. Käyttämämme hyvä tieteellinen käytäntö toi uskottavuutta työllemme. Meillä oli aito mielenkiinto työn tekemistä kohtaan, mikä lisäsi kiinnostusta myös luotettavaan tiedon keräämiseen. Aihe on hyödyllinen suurelle osalle hoitotyöntekijöistä, koska alaraajaturvotuspotilaita on paljon eri hoitotyön aloilla.

Haasteita meille tuotti opinnäytetyön tuotoksen graafinen suunnittelu. Sidontaohjeen toteuttaminen tekstinkäsittelyohjelmalla tuotti meille vaikeuksia. Emme ole ennen joutu-

neet käyttämään tekstinkäsittelyohjelmaa näin laajan projektin suunnitteluun. Sivasetteukset, kuvien kohdistus oikeille riveille ja kuvioden toteuttamien ohjelman avulla oli vaikeaa ja vaati ohjelmaan perehtymistä.

Opinnäytetyön tuotoksen valokuvat ovat ammattivalokuvaajan ottamia. Valokuvaaja ei halua nimeään mainittavan opinnäytetyössä ja on luovuttanut meille oikeudet käyttää kuvia. Laadukkaat valokuvat tekivät tuotoksestamme visuaalisesti kauniin. Valokuvien laadukkuus erottaa meidän työn muista aiemmin toteutetuista ohjeista. Opinnäytetyössä esiintyvät kuviot olemme suunnitelleet ja toteuttaneet itse.

Tampereen kaupunki tarvitsi ohjeen vähäelastisen tukisiteen sidonnasta. Työelämäyhteyshenkilön mielestä aiemmin käytetyt ohjeet olivat liian pitkiä ja joiltain osin myös puutteellisia tietotasoltaan. Tekemässämme tuotoksessa on kerrottu, kuinka tukisidos tehdään laadukkaasti. Lähdemateriaalin kirjoittajien mukaan hoitohenkilökunnan haasteena on kannustaa potilaat sitoutumaan tukisidoshoitoon. Mielestämme olemme onnistuneet vastaamaan tähän tarpeeseen tekemällämme sidontaohjeella, josta löytyy perusteluita hoidon vaikutuksista ja mitä potilaan kannustamisessa hoitoonsa sitoutumisessa kannattaa huomioida. Sidontaohjeesta löytyvä tieto tukisidoshoidon vaikutuksista erottaa tuotoksemme aiemmin tehdyistä ohjeista. Halusimme antaa hoitotyöntekijöille perusteita, joiden avulla potilaan kannustaminen hoitoon sitoutumiseen helpottuu.

Tuotos julkaistiin Tampereen kaupungin sisäisessä verkossa, josta hoitohenkilökunta voi lukea sitä ja tulostaa sen käyttöönsä. Tällä tavalla ohje on helposti saatavilla ja auttaa koko kaupungin hoitotyöntekijöitä toteuttamaan tukisidoshoitoa laadukkaasti. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnalle ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa tukisidosten käytöstä laskimoiden vajaatoimintapotilailla. Onnistuimme mielestämme tavoitteen saavuttamisessa. Joudimme tinkimään opinnäytetyön tuotoksen tietomäärästä, koska laadukkaan ohjeen kriteereitä olivat tiiviys ja yksiselitteisyys (Roivas & Karjalainen 2013, 118-120). Työelämäyhteyshenkilömme toivoi työltä myös tätä ominaisuutta. Joudimme tiivistämään sisältöä alkuperäisestä luonnoksesta. Koemme, että ratkaisu oli oikea, koska liian pitkään ja monimutkaiseen ohjeeseen hoitohenkilökunnalla ei ole aikaa perehtyä. Tuotoksesta löytyy lähteitä aiheesta kiinnostuneille.

5.2 Opinnäytetyö prosessina

Opinnäytetyömme organisoitiin Toikon ja Rantasen (2009, 64) lineaarista mallia mukailen, mikä on kuvattu kuviossa 9. Syksyllä 2015 määrittelimme työn tavoitteet yhdessä työelämäyhteyshenkilön kanssa, jonka jälkeen alkoi suunnitteluvaihe. Opinnäytesuunnitelman valmistuttua jatkoimme toteutusvaiheeseen, joka päättyi syksyllä 2016 valmiin työn arviointiin.



KUVIO 9. Opinnäytetyön eteneminen mukaillen Toikko & Rantanen 2009, 64.

Yhteistyö työelämäyhteyshenkilön kanssa sujui luontevasti koko prosessin ajan. Työelämäyhteyshenkilöllä oli selkeä näkemys siitä, mitä hän tahtoi työltämme. Hän tarvitsi työmme tuotoksen käytännön hoitotyöhön, mikä motivoi meitä työn tekemiseen. Halusimme tehdä sidontaohjeesta laadukkaan ja ajankohtaisen, jotta hoitajat hyötyvät työstämme. Opinnäytetyön tuotokselta tahdottiin sidontaohjeen lisäksi perusteluja tukisidoshoidon tarpeellisuudesta. Sidontaohjeen toiselle sivulle kokosimme opinnäytetyön keskeisen sisällön.

Opinnäytetyöprosessin aikana kävimme Tampereen kaupungin erään osaston osastotunnilla kysymässä hoitohenkilökunnalta tukisiteiden käytöstä käytännön hoitotyössä, jotta työ vastaisi hoitohenkilökunnan tarvetta. Hoitohenkilökunnan mukaan haasteena oli tehdä laadukas sidos etenkin kantapään alueelle ilman ryppyjä. Toisena haasteena ilmeni ohjauksen hankaluus. Hoitajien mielestä oli haasteellista perustella tukisiteiden käytön merkitystä. Välillä he huomasivat riisuessaan tukisidoksia, ettei jalkoja ollut sidottu kunolla, koska jalat olivat turvonneet esimerkiksi jalkapöydän alueelta. Jalkojen turvotustilannetta tukisiteiden poiston jälkeen ei oltu kirjattu tai asiaa otettu esille millään muulla tavalla työyhteisössä. Hoitajat eivät saaneet palautetta tukisidoksen laadukkuudesta. Hoitohenkilökunta tarvitsi lisätietoa infektiójalkojen sitomisesta ja syistä miksi jalat turpoavat.

Käytimme ohjausta jokaisessa opinnäytetyön prosessin vaiheessa. Toisinaan on ollut haastavaa löytää sopivaa ohjausaikaa opettajan kanssa johtuen opettajan ja meidän muuttuvista aikatauluista. Ohjauksissa olemme saaneet ohjeita ja korjausehdotuksia. Ohjaukset saivat meidät pohtimaan erityisesti kielen käyttöä ja valitsemiamme kieli-ilmaisuja. Meille nimetyt opponentit arvioivat työtämme seminaarivaiheissa. Saimme vertaisarvioitsijoilta ohjeita ja arvokkaita mielipiteitä seminaareissa, mutta olisimme voineet lähettää työmme useammin vertaisarvioijien luettavaksi prosessin aikana.

Opinnäytetyön toteuttaminen parityöskentelynä sopi meille. Jaoin sisältöä keskenämme tasapuolisesti prosessin aikana. Toinen täydensi ja muokkasi toisen tekstiä koko opinnäytetyön kirjoittamisen ajan. Pysyimme koko prosessin ajan aikataulussa, koska sovimme etukäteen yhdessä tapaamisajankohdat sekä mitä oli oltava tehtynä aina seuraavaan tapaamiseen mennessä.

5.3 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Opinnäytetyön lähdemateriaali oli ristiriidatonta keskenään kompressiohoidon tarpeellisuudesta laskimoiden vajaatoiminnan hoidossa. Lähdemateriaalin kirjoittajat toteavat yksiselitteisesti, että tukisidoshoidon haasteena on kannustaa potilaita sitoutumaan omaan hoitoonsa, koska hoito on alussa usein epämiellyttävää ja jopa kivuliasta. Opinnäytetyön työelämäyhteyshenkilöllä oli yhteneväiset mielipiteet lähdemateriaalin kirjoittajien kanssa. Työelämäyhteyshenkilö ajatteli, että hoitohenkilökunnan on vaikea kannustaa potilaita sitoutumaan hoitoonsa, koska hoitajien oma tieto tukisidoshoidosta on osin puutteellista.

Hoitajan on osoitettava potilaalle konkreettista edistymistä koko tukisidoshoidon ajan. Lähdemateriaalin kirjoittajat olivat yksimielisiä siitä, että potilaiden tiedon lisääntyessä laskimoiden vajaatoiminnasta sairautena sekä tukisidoksen merkityksestä osana sairauden hoitoa, nostaa potilaiden hoitoon sitoutumista. Tästä voidaan päätellä, että hoitajan tehtävä on ohjata ja opettaa potilaita. Jotta se on mahdollista, hoitajan on itse ymmärrettävä hoidon merkitys. Hoitajien koulutus tukisidoshoidosta kentällä voi olla tarpeellista. Hoitotyö vaatii monen erikoisalan asiantuntijuutta, jolloin perusasioita voi olla välillä tarpeellista palautella mieleen.

Opinnäytetyön prosessin edetessä havaitsimme, että potilaiden saataville olisi hyödyllistä tehdä aiheeseen liittyvä video, joka kertoisi laskimoiden vajaatoiminnasta sairautena (Baquerizo Nole ym. 2015, 138). Alaraajaturvotuspotilas hyötyisi infopaketista, johon voisi tutustua jo ennen hoitajan vastaanottoa. Vastaanotolla pystyttäisiin infopaketin avulla syventymään sairauteen, koska asiakkaalla on jo perusteellista tietoa aiheesta. Infopaketin materiaalin tulisi olla asiakkaan tietotason mukaista ja sen olisi tuettava sisällöllisesti muuta ohjausta (Kyngäs & Hentinen 2009, 115).

Tekemämme sidontaohje hoitohenkilökunnalle olettaa lukijan ymmärtävän hoitoalan sanastoa ja tietävän aiheesta jo ennakolta jotakin. Hoitohenkilökunta kertoi tarvitsevansa selkeää ja helposti ymmärrettävää ohjetta potilaalle mukaan annettavaksi. Potilaille suunnatun ohjeen pitäisi olla yksityiskohtainen ja maallikon ymmärrettävissä. Tällaisen ohjeen voisi tulevaisuudessa toteuttaa opinnäytetyönä.

Hoitohenkilökunta huomasi usein tukisiteiden poisottamisen yhteydessä, ettei jalkoja oltu sidottu kunnolla. Tämä ilmeni jalkojen turpoamisena esimerkiksi jalkapöydän alueella tai pohkeen pinkeytenä. Mielestämme on tarpeellista kehittää tiedonkulkua käytännön hoitotyössä. Hoitajien täytyisi saada tietoa siitä, kuinka ovat onnistuneet potilaan jalkojen sitomisessa. Aamulla jalat sitonut hoitaja ei ota tukisiteitä illalla potilaan jaloista pois. Mielestämme kirjauksia jalkojen turvotustilanteesta illalla voisi kehittää. Tukisiteiden tekeminen on kädentaitoa, joka ei kehity kuin harjoittelemalla.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisa projekti, mikä on vaatinut pitkäjänteisyyttä. Prosessin aikana olemme oppineet aikatauluttamaan työn tekoamme entistä paremmin sekä arvioimaan omaa työskentelyämme kriittisesti. Kokemuksesta on meille hyötyä jatkossa. Opinnäytetyö vastaa odotuksiamme. Erityisesti onnistuimme mielestämme sidontaohjeen toteuttamisessa.

LÄHTEET

- Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta. 2010. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 17.11.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi05030>
- Alaraajojen tukkiva valtimotauti. 2010. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 21.6.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50083>
- Anderson, I. 2008. Compression bandaging in patients with venous insufficiency. *Nursing Standard* 23 (10): 49-56.
- Atkin, L. 2014. Lower-limb oedema: assessment, treatment and challenges. *British Journal of Community Nursing*, 22-28.
- Baquerizo Nole, K., Yim, E., Van Driessche, F., Lamel, S., Richmond, A., Braun, R. & Kirsner, S. 2015. Educational interventions in venous leg ulcer patients. *Wound Repair & Regeneration* 23 (1), 137-140.
- Barker, J. & Weller, C. 2010. Developing clinical practice guidelines for the prevention and management of venous leg ulcers. *Wound Practice & Research* 18 (2): 63-64.
- Cook, L. 2012. Challenges to effective treatment of lower-limb oedema. *British Journal of Community Nursing*, 4-7.
- Finlayson, K., Wu, M-L. & Edwards, H. 2015. Identifying risk factors and protective factors for venous leg ulcer recurrence using a theoretical approach: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies* 52 (6), 1048-1049.
- Flour, M. 2012. Dermatological issues in lymphoedema and chronic oedema. *Compression Therapy: A position document on compression bandaging. International Lymphoedema Framework*, 49-56.
- Hietanen, H. 2015. Alaraajaturvotuksen kompressiohoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 11.4.2016. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=alaraajan%20kompressiohoito
- Hirsijärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Isoherranen, K., Koskenmies, S. & Heikkilä, H. 2013. Alaraajaturvotus ja iho-ongelmat. Teema: Kipeä jalka. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013 (129), 1827-1832. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/xmedia/duo/duo11195.pdf>
- Ihon bakteeri-infektiot. 2010. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 21.6.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi13020>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kantola, I. & Pörsti, I. 2014. Nilkka-olkavarsipaineen suhde (ABI). Terveyskirjasto, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 21.6.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01433

Krooninen alaraajaturvotus. 2014. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 24.3.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50058>

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 6 (4), 10-14.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Linnitt, N. 2011. Compression hosiery versus bandaging for chronic oedema. Nursing & Residential Care 11 (4), 183-185.

Meskanen, M. Tampereen kaupungin haavanhoitaja. 2016. Haastattelija Tiura, J. & Vähäkyttä, K. Tampere.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Newton, H. 2011. Chronic oedema of the lower limb: pathophysiology and management. British Journal of Community Nursing 4 (16), S4-12.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. 1. painos. Helsinki: Edita.

Pesonen, E. 2007. Julkaisijan käsikirja. 1.painos. Porvoo: Docendo.

Primary Prevention of Venous Leg Ulcers. 2012. The Joanna Briggs Institute. Wound healing and management node group. Wound Practice & Research 20 (1): 36-37.

Roivas, M. & Karjalainen, A-L. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. 1. painos. Helsinki: Edita.

Saarelma, O. 2015. Turvotus. Terveyskirjasto. Suomen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 9.11.2015. Päivitetty 23.9.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00338

Saarikoski, R., Stolt, M. & Liukkonen, I. 2012a. Alaraajaturvotuksen syyt, ehkäisy ja tunnistaminen. Terveet jalat. Suomen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 13.4.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00127

Saarikoski, R. Stolt, M. & Liukkonen, I. 2012b. Alaraajaturvotuksen ja laskimoiden vajaatoiminnan hoito. Terveet jalat. Terveyskirjasto. Suomen Lääkäriseura Duodecim.

Päivitetty 10.12.2012. Luettu 9.11.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00128

Saarikoski, R., Stolt, M. & Liukkonen, I. 2012c. Kevytjalkineet ja niiden käytön vaikutukset. Terveet jalat. Terveyskirjasto. Suomen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 22.6.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00189

Saarin, J. 2013. Laskimoperäinen turvotus. Teema: Kipeä jalka. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (17), 1833-1838.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstöille. Luettu 16.11.2015. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Simon, E. 2014. Leg Edema Assessment and Management. MEDSURG Nursing 23 (1), 44-53.

Todd, M. 2011. Compression bandaging: types and skills used in practical application. British Journal of Nursing 20 (11), 681-687.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 20.1.2016. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2016. Ammattietiikka. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 20.1.2016. <http://etene.fi/ammattietikasta>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

LIITTEET

Liite 1. Anatomisen, vähäelastisen tukisidoksen sidontaohje

1(2)

Anatomisen, vähäelastisen tukisidoksen sidontaohje



1. Tarvikkeet: vähäelastiset tukisidokset (8 cm leveys nilkkaan, 10 cm leveys sääreen), putkisidosta, teippiä kiinnitykseen, kipsinalusvanua tarvittaessa.



2. Laita putkisidosta kaksi kertaa raajan mitta. Aloita kapeammalla siteellä aivan varpaiden tyvestä. Rullaa sidettä jalan ulkosyrjältä sisäsyrylälle.



3. Pidä nilkka 90° kulmassa jalkaterän sidonnan ajan. Peitä koko kantapää. Huolehdi, ettei sidokseen jää ryppyjä. Kuljeta sidosta 2/3 edellisen kerroksen päältä saadaksesi riittävän kompression.



4. Lopeta ensimmäinen sidos kevyellä paineella säärtä myötäillen ja kiinnittämällä sidos teipillä. Aloita leveämmällä sidoksella nilkasta.



5. Myötäile sidosta jalan anatomiaa mukaillen. Vähennä painetta asteittain ylöspäin mentäessä. Sidonta päättyy polven alapuolelle noin kaksi sormenleveyttä polvitaiteesta.



6. Kiinnitä valmis sidos teipeillä. Käännä loput putkisidoksesta tukisidoksen päälle.

Kuinka tukisidoshoito vaikuttaa?

- Parantaa alaraajan verenkiertoa
- Pienentää haavanmuodostumisriskiä
- Edistää jo syntyneiden haavojen paranemista
- Tehostaa laskimoläppien toimintaa
- Parantaa ihon kuntoa
- Auttaa poistamaan jalkojen nestekuormaa
- Vähentää kipua
- Pienentää nilkan ympäröimättä

Infektioita ja turvotuksia on hoidettava yhtä aikaa, koska tulehdus ei pääse paranemaan turvonneessa kudoksessa.

Kannusta potilasta

- Jalkojen hyvään perushoitoon
- Valitsemaan jalkaan sopivat kengät
- Liikkumaan
- Nostamaan jalat kohoasentoon

Kipsinalusvanua käytetään, kun halutaan korjata jalan muotoa tai pehmustaa luisia ulokkeita.

Putkisukkaa käytetään suojaamaan ihoa. Putkisukka saa olla reilusti pidempi kuin sääri, jotta sen voi kääntää tukisidoksen päälle. Putkisukka tukee sidosta pysymään paikallaan koko päivän.

Tukisidoksia tarvitaan **vähintään kaksi kappaletta jalkaa kohden**. Jos sääri on tavanomaista pidempi tai pohje paksumpi, voi tukisidoksia tarvita useamman.

Lähteet

Tiura, J. & Vähäkyttä, K. 2016. Alaraajaturvotuksen hoito tukisidoksilla. Opinnäytetyö. TAMK.

Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta. 2010. Käypä hoito -suositus.

Anderson, I. 2008. Compression bandaging in patients with venous insufficiency. Nursing Standard 23 (10): 49-56.

Krooninen alaraajaturvotus. 2014. Käypä hoito -suositus.

Saarikoski, R. Stolt, M. & Liukkonen, I. 2012. Alaraajaturvotuksen ja laskimoiden vajaatoiminnan hoito. Terveet jalat. Terveyskirjasto.

Simon, E. 2014. Leg Edema Assessment and Management. MEDSURG Nursing. 23 (1): 44-53.